Über die Lokalisation der Munderscheinungen bei Syphilitikern.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Zahnheilkunde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayerischen

Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

vorgelegt von

Oskar Pangsy

approbierter Zahnarzt aus Mühlhausen i. Elsaß

Tag der mündlichen Prüfung: 12. Mai 1930.

1930

Buchdruckerei Karl Döres, Erlangen, Jägerstraße 3

Telefon 2521

20-260

Dekan: Prof. Dr. med. et phil. H. Wintz.
Referent: Privatdozent Dr. med. F. Dietel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Unter Zugrundelegung des Materials der Universitätshautklinik Erlangen und der Dermatologischen Station des Städtischen Krankenhauses Nürnberg in den Jahren 1922—1929.

Von ganz besonderer Wichtigkeit für den Zahnarzt ist eine genaue Kenntnis der im Munde vorkommenden Krankheiten, wird er doch dadurch in die Lage versetzt, in vielen Fällen rechtzeitig therapeutisch einzugreifen d. h. wenn es erforderlich ist, den Erkrankten dem Facharzt zuzuleiten und auf diese Weise dem Patienten und seiner Familie viele Unannehmlichkeiten, Kummer und Sorge zu ersparen und auch die Allgemeinheit vor Infektionsquellen zu bewahren. Eine zur rechten Zeit gestellte Diagnose sichert dem Zahnarzt aber auch das Vertrauen seiner Patienten, ganz abgesehen von der ideellen Befriedigung, die er in einem solchen Falle empfindet. Heutzutage unterliegt die erste Diagnose von Allgemeinkrankheiten und darunter auch die der Syphilis in vielen Fällen der Fürsorge des Zahnarztes. Greift er rechtzeitig ein, so kann der Erkrankte durch fachärztliche Behandlung vor schweren Schäden bewahrt werden.

Unter den vielen Munderkrankungen ist es die Syphilis, die wohl wie keine andere Krankheit derart mannigfaltige Erscheinungen an den Lippen und in der Mundhöhle verursacht, daß ihre spezielle

Kenntnis heute von jedem Zahnarzt verlangt werden muß, umsomehr als es sich um eine äußerst infektiöse Erkrankung handelt, die leider schon in vielen Fällen gerade von Zahnärzten durch ungenügend sterilisierte Instrumente übertragen worden ist. In erster Linie sind das erste und zweite Stadium für den Zahnarzt wichtig, einmal weil der Primäraffekt, wie wir sehen werden, in ganz beträchtlicher Anzahl im Munde bezw. an den Lippen vorkommt und auch häufig das einzige Erkennungsmerkmal der Erkrankung darstellt und andererseits weil die sekundäre Periode ebenfalls in sehr vielen Fällen Erscheinungen im Munde macht. Es dürfte allgemein bekannt sein, daß gerade in diesen beiden Perioden die Ansteckungsgefahr am größten ist. Das dritte Stadium ist für den Patienten ungemein wichtig, da er sich vor schweren körperlichen Schäden bewahren kann, wenn er der Erkrankung rechtzeitig die nötige Beachtung schenkt und sich sofort in ärztliche Behandlung begibt.

Aus den erwähnten Gründen ist es für den Zahnarzt reizvoll, einmal auf statistischem Wege festzustellen, wie häufig die Lues Erscheinungen in der Mundgegend verursacht. Ich habe diese Aufgabe übernommen und will an Hand eines größeren Materials aus der Universitäts-Hautklinik Erlangen (Prof. Dr. Hauck) und der Dermatologischen Station des Städtischen Krankenhauses Nürnberg (Prof. Dr. Nathan) aus den Jahren 1922—1929 versuchen ein möglichst genaues Bild der einzelnen Erscheinungen, die für den Zahnarzt von Bedeutung sind, herauszuarbeiten. Zu diesem Zwecke standen mir insgesamt 1655 stationär behandelte Fälle (Tabelle 1) aus den beiden Kliniken zur Verfügung.

In Erlangen kamen in der Hauptsache Patienten aus den ländlichen Bezirken des Kreises Mittelfranken

zur Behandlung. Die am zahlreichsten vertretenen Berufe sind beim weiblichen Geschlecht Dienstmädchen, Arbeiterinnen und Kellnerinnen, aber auch sonstiges Bedienungspersonal, dagegen nur eine geringere Anzahl von Prostituierten.

Beim männlichen Geschlecht sind es in den Jahren 1922 und 1923 vielfach Soldaten, später landwirtschaftliche Arbeiter, Handwerker, Landwirte und einige Kaufleute und Akademiker, da ja auch die Krankengeschichten der Privatpatienten zur Verfügung gestellt wurden.

In Nürnberg sind es vorwiegend städtische Kreise, die in der dortigen Hautstation behandelt wurden. Natürlich findet sich auch hier eine erhebliche Zahl, die vom Lande stammt, da es aus leicht erklärlichen Gründen mancher vorzieht, sich in der Stadt behandeln zu lassen. Privatpatienten sind hier nur zum geringsten Teil mitaufgenommen. An Berufen finden wir beim weiblichen Geschlecht der Häufigkeit nach vertreten Arbeiterinnen, Dienstmädchen, Kontoristinnen, eine ganze Anzahl gibt „ohne Beruf“ an und zahlreiche Prostituierte. Bemerkenswert ist hier noch, daß ein erheblicher Prozentsatz der weiblichen Patienten ohne Wohnung ist.

Das männliche Geschlecht umfaßt Soldaten, Landespolizisten, Arbeiter aus industriellen Unternehmungen, Schlosser, Mechaniker etc., einige Kaufleute und Ingenieure. Auch hier gibt eine bedeutende Anzahl keine Wohnung an.

In der nachstehenden Tabelle Nr. 1 geben wir zunächst eine Übersicht über die Verteilung der Lues an den beiden Kliniken:

Tabelle I

Allgemeine Übersicht über die gesamten erfaßten Luesfälle für die Zeit vom 1. 1. 1922 bezw. 1. 4. 1922 bis 31. 12. 1929 bezw. 31. 1. 1930.

a) Universitätshautklinik Erlangen vom 1. 1. 1922 bis 31. 12. 1929.

Männlich:

	Lues I	Lues II	Lues III	Spät-Lues	lat. Lues	Cong. L. Lues
1922	12	18			6	1
1923	14	11	2		6	2
1924	12	22	4	1	3	
1925	6	12	1		8	
1926	5	15	4	5	4	1
1627	7	9	5	3	7	1
1928	9	8	2	6	11	1
1029	3	10	6	5	6	
	68	105	24	20	51	6

Insgesamt 274 Fälle
davon latent 51 „
mit manifesten Erscheinungen 223 Fälle.

Weiblich:

	Lues I	Lues II	Lues III	Spät-Lues	lat. Lues	Cong. Lues
1922	1	19	3	1	4	
1923		20	3		6	1
1924	1	14	2	1	4	1
1925	1	23	7	2	12	9
1926		22	8	1	10	1
1927	1	8	2		4	1
1928	2	7	5	2	6	1
1929		9	4	1	2	2
	6	122	34	8	48	16

Insgesamt 234 Fälle
davon latent 48 „
mit manifesten Erscheinungen 186 Fälle

Die Gesamtzahl „Männlich und Weiblich“ ergibt mithin:

Lues I	Lues II	Lues III	Spät-Lues	Lat-Lues	Cong. Lues
74	227	58	28	99	22

= 508 Fälle
davon = 99 latent
mit manifesten Erscheinungen 409 Fälle.

b) Dermatologische Station des Städt. Krankenhauses zu Nürnberg

vom 1. 4. 1922 bis 31. 1. 1930.

Männlich:

	Lues I	Lues II	Lues III	Spät-Lues.	Lat-Lues	Cong. Lues
1922	9	11			10	
1923	12	21		1	11	
1924	12	26	1	6	21	2
1925	7	11	1		40	3
1926		7	1		32	1
1927	4	8			7	3
1928	4	15	1		17	1
1929	3	17			18	1
	51	117	4	7	156	11

Insgesamt 346 Fälle
davon 156 latent
mit manifesten Erscheinungen 190 Fälle

Weiblich:

	Lues I	Lues II	Lues III	Spät-Lues	Lat-Lues	Cong. Lues
1922	14	53	1		96	
1923	8	50	6		46	1
1924	10	55	2	2	88	4
1925		40	1		52	2
1926	1	18	3		34	
1927	1	11			26	5
1928	2	6	1		13	5
1929	8	34	5		88	9
	44	267	19	2	443	26

Insgesamt 801 Fälle
davon 443 latent
mit manifesten Erscheinungen 358 Fälle

Die Gesamtzahl für Nürnberg:
Männliche und Weibliche ergibt

Lues I	Lues II	Lues III	Spät-Lues	Lat-Lues	Cong. Lues
51	117	4	7	156	11
44	267	19	2	443	26
95	384	23	9	599	37

Insgesamt 1147 Fälle
davon 599 latent
mit manifesten Erscheinungen 548 Fälle

Für beide Kliniken zusammen resultiert folgende Zahl:

	Lues I	Lues II	Lues III	Spät-Lues	Lat-Lues	Cong. Lues
a) Erlangen:	74	227	58	28	99	22
b) Nürnberg:	95	384	23	9	599	37
	169	611	81	37	698	59

Insgesamt 1655 Fälle
davon 698 latent
mit manifesten Erscheinungen 957 Fälle

Dem Geschlecht nach verteilen sich die Gesamtzahlen wie folgt:

	Lues I	Lues II	Lues III	Spät-Lues	Lat-Lues	Cong. Lues
Männlich:	119	222	28	27	207	17
Weiblich:	50	589	53	10	491	42
	169	611	81	37	698	59.

Bei kritischer Betrachtung dieser Tabelle ist zunächst zu berücksichtigen, daß die Hautklinik Erlangen erst im Jahre 1923 (1. Februar) eingerichtet wurde, während die Hautstation in Nürnberg naturgemäß schon lange Jahre besteht. Die Zahl der Patienten in Erlangen kann deshalb für das Jahr 1922 nicht in dem Maße bewertet werden, wie die der anderen Jahre, da die Krankengeschichten sehr wahrscheinlich infolge der damals erforderlichen Umstellungsarbeiten (die Hautstation war der medizinischen Klinik angegliedert) nicht vollzählig sind.

Beim männlichen Geschlecht sind die Zahlen von Lues I und Lues II, wenn man Erlangen mit Nürnberg vergleicht, ungefähr gleich, denn den 51 Lues I und 117 Lues II Fällen des Städt. Krankenhauses Nürnberg stehen in Erlangen 68 Lues I und 105 Lues II Fälle gegenüber. Auffallend ist dagegen schon die hohe Zahl der Lues III in „Erlangen“ und andererseits die erhebliche Zahl der latenten Fälle in „Nürnberg“. Diese beweisen was die Lues III betrifft, daß auf dem Lande die Bevölkerung doch nicht in demselben Maße wie die Stadtbevölkerung den Arzt aufsucht, sondern vielfach zu lange zögert, bis es dann zu einem wirksamen Eingreifen zu spät ist. Andererseits kann uns dies aber auch als ein Beweis dienen, daß leider die richtige Diagnose der Lues III noch nicht in genügen-

dem Maße Gemeingut des praktischen Arztes geworden ist. Verschiedene Fälle wurden lange unter falscher Diagnose behandelt und kamen daher in sehr vernachlässigtem Zustand endlich in die Klinik zu entsprechender Behandlung. Molitor (Inaug.-Diss. Erlangen 1926) beschreibt in seiner Arbeit einen Fall von Lues III, der mit schwersten Zerstörungen der Nase und des Gaumens einherging, und der lange Zeit unter falscher Diagnose behandelt wurde. Die betreffende Patientin wurde zuerst wegen Nasentuberkulose, dann längere Zeit wegen Lupus vulgaris behandelt, bis endlich in der Erlanger Hautklinik Lues III festgestellt wurde. Die Diagnose wurde auch durch die Wassermann'sche Reaktion bestätigt. Nun konnte natürlich eine spezifische Therapie einsetzen, die auch dem Weiterschreiten der Krankheit nach mehreren Wochen Einhalt gebot. Hieraus erhellt allein die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose.

Während in Erlangen nach unserer Statistik 24 männliche Lues III und 20 Fälle von Spätlues vorkommen, sind in Nürnberg die entsprechenden Zahlen nur 4 und 7. Wie wir noch sehen werden, sind auch die Fälle in Erlangen viel eklatanter als in Nürnberg, ein Beweis, daß das was ich oben über die rechtzeitige Diagnose gesagt habe, richtig ist. Die große Zahl der latenten Fälle 156 = 45 % in der Großstadt Nürnberg gegen 51 = 18,6 % der Universitätsklinik Erlangen gibt uns ja auch gleich den Beweis dafür, daß der Syphilitiker in der Großstadt doch schon in recht großem Umfange von der Schwere seiner Erkrankung überzeugt ist und sich bald in fachärztliche Behandlung begibt. Daß diese latenten Fälle jedoch jederzeit unter strengster ärztlicher Kontrolle stehen müssen, unterliegt keinem Zweifel, denn nach Zieler (1924) handelt es

sich ja bei „Latenz“ um einen Gleichgewichtszustand zwischen Erreger und Abwehrwirkung des Körpers. Jederzeit kann ein neuer Ausbruch erfolgen! Einen nicht geringen Anteil an der Erfassung dieser latenten Fälle hat übrigens das scharfe Durchgreifen des Städtischen Gesundheitsamtes.

Das weibliche Geschlecht ist nach meiner Statistik in weit stärkerem Maße von der Syphilis befallen als das männliche, wobei gleich zu bemerken ist, daß nach „allgemeinen Statistiken“ durchwegs das männliche Geschlecht in größerer Anzahl syphilitisch erkrankt ist. Wir sehen, daß in Erlangen 6 Lues I und 122 Lues II Fälle gegenüber 51 Lues I und 117 Lues II Fällen in Nürnberg stehen. Es ist bekannt, daß die in Krankenhäusern und Kliniken erfaßten weiblichen Geschlechtskranken wesentlich unter gesundheitsamtlicher Fürsorge stehen, während dies beim männlichen Geschlecht nicht annähernd in gleichem Maße der Fall ist. Bis vor dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Jahre 1927 setzten sich die weiblichen Patienten vorwiegend aus Kellnerinnen, vagabundierenden Mädchen und Prostituierten zusammen.

Daraus ist schon zu entnehmen, daß die Zahl der weiblichen Patienten in Nürnberg bedeutend höher sein muß und deshalb in der Gesamtzahl das Verhältnis zwischen männlich und weiblich erheblich beeinflußt. Ferner ist zu berücksichtigen, daß Nürnberg 400000 Einwohner hat und Sitz einer ganz bedeutenden Industrie ist, die natürlich eine große Zahl weiblicher Arbeiter beschäftigt, die leider wieder nur zum geringeren Teil eine entsprechende Entlohnung haben. Was liegt dann näher als sich auf geschlechtlichem Wege einen Nebenverdienst zu beschaffen? Und in wie vielen Fällen

geht es dann in kürzester Zeit auf der beschrittenen Bahn abwärts zur Prostitution. Namhafte Autoren betonen immer wieder, daß die Frage der Geschlechtskrankheiten in erster Linie mit unseren sozialen Verhältnissen zusammenhängt. Unter den unter Lues II aufgeführten Zahlen sind ca. 65—70 % Prostituierte und unter diesen wieder ist eine größere Anzahl aus Norddeutschland gebürtig. Es dürfte noch nicht allgemein bekannt sein, daß die Prostituierten infolge der straffen gesundheitsamtlichen Maßnahmen nur zu gerne in kürzerer Zeit ihr Domizil wechseln! Bei einem Vergleich mit anderen Statistiken müssen daher diese Gründe in Betracht gezogen werden.

Es ist nun noch von Interesse, einen Vergleich der Lues III Fälle zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht zu ziehen. Schon des öfteren ist betont worden, daß das Weib an Lues III in größerer Anzahl erkrankt als der Mann. In den letzten Jahren kommt Kopeliowitsch (Inaug.-Diss. Jena 1927) zu dem Schlusse, auf Grund der Ergebnisse der Jenaer Universitäts-Hautklinik aus den Jahren 1910 bis 1926, daß

1. die Frauen häufiger an Lues III erkranken als die Männer,
2. die Häufigkeit der Lues III bei den Männern in den letzten Jahren abgenommen hat.

In unserem Falle haben wir 53 = 9,7 % weibliche gegen nur 28 = 7 % männliche Fälle mit manifesten Erscheinungen, was also ganz der Ansicht Kopeliowitsch's entspricht. Infolge der geringen Anzahl von Fällen ist es leider nicht ratsam, einen Vergleich mit anderen Feststellungen zu ziehen. Bezüglich der zweiten Behauptung Kopeliowitsch, daß die Häufigkeit der männlichen Lues III Fälle in letzter Zeit ab-

genommen habe, ergibt sich dagegen kein klares Bild. Während in den Jahren 1926 und 1927 die Gesamtzahl der Luesfälle allgemein abgenommen hatte, sehen wir in den beiden letzten Jahren ein erneutes Anschwellen dieser Volksseuche und es ist daher vielleicht verfrüht, allgemein von einer Abnahme der Syphilis zu sprechen, wie es schon mehrfach geschehen ist. Da müßte sich die diesbezügliche Beobachtung doch auf eine längere Zeit erstrecken.

Um nun zu den Munderscheinungen zu kommen, müssen wir in aller Kürze darlegen, was es für verschiedene syphilitische Erscheinungen am Mund und in der Mundhöhle überhaupt gibt. Auf die histopathologischen Verhältnisse braucht hier nicht näher eingegangen zu werden. Da ist zunächst der Primäraffekt der Mundschleimhaut, der zuerst eine kleine knorpelartige Verhärtung (Sklerose) darstellt, die später exulzeriert und dann eine kupferrote, der Farbe von gekochtem Schinken ähnliche Basis erkennen läßt. Am meisten finden sich Sklerosen an den Lippen, mitunter an der Zunge, am seltensten an den Tonsillen. Es handelt sich hier in allen Fällen um extragenitale Infektion, die auf die mannigfaltigste Weise übertragen werden kann z. B. durch Trinkgeschirre, zahnärztl. Instrumente, durch syphilitische Ammen, Küsse und durch perversen Geschlechtsverkehr.

Für die Diagnose des Primäraffektes sind wichtig: die charakteristische Sklerose, indolente Schwellung der regionären Lymphdrüsen und Mangel an Beschwerden, dagegen bei Vorkommen des Primäraffektes an den Tonsillen häufig Schluckbeschwerden und Schmerzen.

Die sekundären Erscheinungen bestehen entweder in einfacher Rötung des Pharynx, der „Angina speci-

fica", die die verschiedensten Grade erreichen kann oder aus den sehr infektiösen Schleimhautplaques des Mundes, des Larynx oder der Stimmbänder. Auch die Tonsillen werden in diesem Stadium der Syphilis sehr oft in Mitleidenschaft gezogen.

Das klinische Bild der Angina specifica ist sehr wechselnd. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß sie auf die Gaumenbögen übergreift.

Tertiäre Manifestationen treten in der Regel frühestens ein Jahr nach der Infektion auf, können sich aber auch erst nach vielen Jahren entwickeln. Das „Gumma" befällt häufiger die Maxilla als die Mandibula.

In stärkstem Maße kann der Gaumen von tertiären Erscheinungen befallen werden. Durch sekundäre Infektion des „Gumma" mit anderen Mundbazillen kommt es mitunter zu ausgedehnten Knochenzerstörungen, Sequestration und schwersten Knochen und Weichteildefekten. An der Zunge tritt der gleiche Prozeß in Form von Fissuren in Erscheinung. Tubero-serpiginöse Syphilide des Mundes sind weniger oft zu beobachten.

Bei congenitaler Lues sind es vor allem die strahligen Narben um den Mund herum, Parrot'sche Narben genannt, die von früheren Infiltrationen herrühren und die sogenannten Hutchinson'schen Zähne, die für den Zahnarzt von Bedeutung sind, da sie ihm einen Hinweis auf die Erkrankung des Patienten geben. Nach Zieler haben diese Zähne folgendes Aussehen: An den mittleren oberen Schneidezähnen, selten an den unteren, besteht eine halbmondförmige Ausbuchtung des freien Randes mit starker vorderer und geringerer hinterer Krümmung, wobei der quere Zahndurchmesser vom Zahnhals zum freien Rand ab-

nimmt. Das beruht darauf, daß das Mittelstück in Entwicklung und Verkalkung zurückbleibt.

Wir kommen nun zum speziellen Teil unserer Arbeit, nämlich der Auswertung der Munderscheinungen.

Die einzelnen Krankengeschichten der 1655 stationären Luesfälle wurden von mir einer genauen Untersuchung hinsichtlich der Munderscheinungen unterzogen. Es ergaben sich hierbei spezifische und nichtspezifische Erscheinungen. Zu betonen ist außerdem, daß sich unter den als „latent" aufgeführten Fällen eine ganze Reihe befindet, die schon eine oder mehrere Vorbehandlungen durchgemacht hat. Man darf daher bei der Auswertung der Tabelle Nr. 2 nicht allzu weitgehende Schlüsse ziehen. Die einzelnen Munderscheinungen sind in der Tabelle nach der Häufigkeit ihres Vorkommens aufgeführt. Die Mannigfaltigkeit gerade der nichtspezifischen Symptome bei Syphilis wird besonders durch die hohe Zahl dieser Erscheinungen bewiesen. Wie wichtig daher für den Arzt und Zahnarzt die Beherrschung der Differential-Diagnose ist, braucht nicht besonders betont zu werden.

Auf die beiden Kliniken verteilt fanden sich Munderscheinungen

a) in Erlangen bei 508 Lues Fällen

bei Lues I	Lues II	Lues III	Cong. Lat-Lues	Lues		
4 Mal	97 Mal	24 Mal	2 Mal	6 Mal	= 133	= 26,1%

b) in Nürnberg bei 1147 Lues Fällen

179 Mal	8 Mal	12 Mal	48 Mal		= 247	= 21,5%

zusammen

4 Mal	276 Mal	32 Mal	14 Mal	54 Mal	= 380	= 23,0%

Für Erlangen errechnete sich ein Prozentsatz von 26,1% und für Nürnberg 21,5% wenn man die latenten Fälle mitberücksichtigt.

Tabelle II.

Gesamtzahl der Lues Fälle = 1655

a) spezifische Munderscheinungen:

Es fanden sich

1.	Plaques muqueuses	244 Mal
2.	Angina spezifica	53 „
3.	Rachen Ulzerationen	27 „
4.	Uvula Defekte	3 „
5.	Mundnarben	9 „
6.	Gaumenperforationen	8 „
7.	Hutchinson Zähne	4 „
8.	Tonsillendefekte	4 „
9.	Glossitis Gummosa	2 „
10.	Primäraffekt an den Lippen	2 „
11.	„ am linken Zungenrand	1 „
12.	„ an der linken Tonsille	1 „
13.	Epiglottis Defekt	1 „
14.	Kehlkopflues	1 „
15.	Zungen Syphilid	1 „

b) Nichtspezifische Erscheinungen:

1.	Tonsillen Hypertrophie	79 Mal
2.	Gingivitis & Stomatitis	20 „
3.	Leukoplakien	6 „
4.	Angina Plaut Vincenti	4 „
5.	Wismutsaum	3 „
6.	Lingua plikata	2 „
7.	starker Foetor ex ore	2 „
8.	Fordyce'sche Krankheit der Lippen	2 „
9.	eitrige Pharyngitis	1 „
10.	Papillom am Gaumen	1 „
11.	Glossitis Exfoliativa	1 „
12.	Angina lacunaris	1 „
13.	Angina follicularis	1 „
14.	Lingua geographica	1 „

Auf die einzelnen Stadien der Lues entfallen nachstehende Zahlen:

bei zeigten sich	Lues I	Lues II	Lues III	Cong. Lues	Latent. Lues
Munderscheinungen	4 Mal	276 Mal	32 Mal	14 Mal	54 Mal
d. s. in Prozent	1,1%	72,6%	8,4%	3,7%	14,2%

Wie sich nun die oben aufgeführten Erscheinungen auf die einzelnen Perioden verteilen, ergibt sich aus der Tabelle III. Wir unterscheiden auch hier spezifische und nichtspezifische Munderscheinungen.

Tabelle III.

a) spezifische Erscheinungen:

bei	Lues I	Lues II	Lues III	Cong. Lues	Latent Lues
1. Plaques muqueuses	—	244	—	—	—
2. Angina spezifica	—	53	—	—	—
3. Rachenulzerationen	—	—	25	2	—
4. Gaumenperforationen	—	—	8	—	—
5. Uvula Defekte	—	—	4	6	3
6. Mundnarben	—	—	5	2	2

Da die übrigen Symptone nur in ganz geringer Zahl vorgekommen sind, lasse ich sie in dieser Aufstellung unberücksichtigt.

b) Nichtspezifische Erscheinungen:

bei	Lues I	Lues II	Lues III	Cong. Lues	Latent. Lues
1. Tonsill. Hypertrophie	5	45	1	11	17
2. Stomatitis & Gingivit.	1	13	2	1	3
3. Leukoplakie	1	3	—	—	2

Im ersten Stadium der Syphilis findet man wie bereits erwähnt als Haupterscheinung den Primäraffekt. Das Verhältnis der extragenitalen Primäraffekte zu den genitalen beträgt in unseren Gegenden nach Oppen-

heim 6 : 100 d. h. auf 100 genitale Infektionen kommen 6 extragenitale. Von diesen 6 extragenitalen entfallen wohl 3 auf den Mund und die Lippen. In unserem Falle haben wir bei 169 Fällen primärer Lues 4 Mal Munderscheinungen und dies sind 4 Primäraffekte, die ihren Sitz je 2 Mal an den Lippen und je 1 Mal an der Zunge und an der linken Tonsille haben. Es ergibt dies in Prozenten 2,3 %. Bezüglich der Initialsklerosen läßt sich in unserem Falle schlecht ein Vergleich mit anderen Statistiken ziehen. Wohl haben wir eine ganze Reihe von Arbeiten, die sich zur Aufgabe gestellt haben, eine Statistik der Primäraffekte zu geben, ich meine die von Gerber und Scheuer. Der erste stellte (1908) fest, daß in 5750 Fällen von Primäraffekten der Mund und Rachenhöhle:

Die Lippen	3106	Mal
die Mundhöhle	811	„
die Tonsillen	999	„
die Zunge	245	„
das Zahnfleisch	99	„
der Rachen	490	„

befallen waren.

Scheuer (1910) faßte die bis 1909 erschienenen und beschriebenen Fälle von extragenitalen Sklerosen zusammen und konnte 14950 Fälle seiner Statistik zu Grunde legen. Nach dieser sind

die Lippen	3880	Mal
die Tonsillen	1104	„
die Mundhöhle	824	„
die Zunge	273	„
das Zahnfleisch	97	„

befallen. Der Rest verteilt sich auf den übrigen Körper. Es ist leicht möglich, daß die Zahlen von Gerber in der Scheuer'schen Aufstellung enthalten sind.

Aus den beiden Aufstellungen ersieht man ohne weiteres, daß wir mit nur 169 Lues I Fällen keinen Vergleich mit den Zahlen von Gerber und Scheuer ziehen können, denn dort handelt es sich jeweils nur um reine extragenitale Primäraffekte.

Für den Zahnarzt sind die Munderscheinungen der sekundären Periode der Lues von allergrößter Bedeutung. Da diese Erscheinungen jedoch manchmal schwer zu erkennen sind und auch in differenzialdiagnostischer Hinsicht leicht zu Verwechslungen führen können, ist ihre genaue Kenntnis von äußerster Wichtigkeit.

Zinser schreibt hierüber: Die oft viele Jahre dauernde Periode der sekundären Lues mit ihren Latenzperioden und ihren immer wiederkehrenden Rückfällen zeichnet sich gerade in erster Linie durch das Auftreten der Munderscheinungen aus.

Es kommt sehr häufig vor, daß, nachdem der erste Ausbruch vorüber ist, von Munderscheinungen abgesehen, überhaupt keinerlei Symptome von Syphilis mehr zutage treten. Wenn man noch bedenkt, daß diese Munderscheinungen oft gar keine oder nur sehr geringe Beschwerden verursachen und daß sie dabei stets sehr contagiös sind, dann braucht es nicht besonders hervorgehoben zu werden, wie außerordentlich wichtig ihre Kenntnis ist.

In 611 Fällen sekundärer Lues habe ich in meiner Statistik in 276 Fällen Munderscheinungen gefunden. Dies entspricht einem Prozentsatz von 45,1 %. Interessant ist ein Vergleich mit den Angaben, die Günther Fritzsche im Jahre 1910 auf einer Zahnärztetagung (D. m. f. Z. 1910 S. 349) machte. Er sagte: „Für uns Zahnärzte dürfte es von Interesse sein, wenn wir aus einer Tabelle erfahren, daß von 1321 Fällen von se-

kundärer Syphilis sich 533 Mal spezifische Veränderungen an den Lippen, der Zunge; dem Gaumen und an den Mandeln befanden".

In Prozenten ausgedrückt sind dies 40%, sodaß wir sagen können, daß sich die Häufigkeit der Munderscheinungen bei sekundärer Syphilis fast gleich geblieben sind.

Welches sind nun die Munderscheinungen, die bei Lues II am häufigsten vorkommen? In allererster Linie sind es die Plaques muqueuses (Schleimhautpapeln); dann kommt die Angina spezifica.

Wir müssen nun die einzelnen Erscheinungen dieser Periode gesondert betrachten und beginnen mit den Plaques muqueuses. Guttmann schreibt darüber: „Die Papeln des Mundes und der Rachenhöhle, auch Plaques muqueuses genannt, sind eine der häufigsten Erscheinungen der sekundären Syphilis. Beim männlichen Geschlecht sind sie wegen der durch Tabak und Alkohol ausgeübten Reize häufiger. Vorwiegend sitzen sie an den Tonsillen, an der Lippe, der Zunge, der Wangenschleimhaut, dem Gaumensegel und den Zäpfchen, seltener am harten Gaumen, dem Zahnfleisch, Mundboden und an der hinteren Rachenwand." Mulzer ist ähnlicher Ansicht, denn er urteilt: „Der gewöhnliche Sitz der Schleimhautpapeln befindet sich an den Lippen, am inneren Teil der Wangen, an der Zunge, am Zahnfleisch, am Isthmus faucium, an den Tonsillen, am Gaumen usw., seltener an der hinteren Rachenwand."

Misch berichtet 1923, daß „die für das sekundäre Stadium charakteristischsten Veränderungen der Rachenschleimhaut, die Plaques muqueuses, ihren Prädilektionssitz an den Gaumentonsillen und ihrer unmittelbaren Umgebung" haben.

Pasewaldt (Inaug. Diss. 1922 Greifswald) ist ebenfalls der Ansicht, daß die Plaques muqueuses die häufigste Erscheinung der sekundären Lues sind.

Meine Statistik weist in 231 Fällen Plaques muqueuses auf. Obwohl sie nach Guttmann beim männlichen Geschlecht zahlreicher als beim weiblichen sein sollen, kommen wir zum entgegengesetzten Resultat. Nun können wir mit Recht sagen, daß die Ansicht, die man früher hatte, daß das männliche Geschlecht infolge Alkohol und Nikotin Genuß mehr Plaques muqueuses haben müsse, heute nicht mehr zutrifft. Im Gegenteil heute erlebt man es häufig, daß ein Teil des weiblichen Geschlechtes in diesem Punkte, ich verweise vor allem auf die zahlreichen Prostituierten, bei weitem mehr raucht und trinkt als es normaler Weise beim männlichen Geschlecht zutrifft.

Von Interesse ist weiter die Verteilung auf die einzelnen Stellen des Mundes.

Die Plaques hatten ihren Sitz

168 Mal an den Tonsillen,
67 „ an der Mundschleimhaut,
48 „ am Gaumen und Gaumenbogen,
37 „ an der Zunge,
17 „ am Zahnfleisch,
10 „ am Rachen,
5 „ an der Uvula.

Die Ansicht Misch's findet hiermit ihre Bestätigung. Auf die beiden Geschlechter verteilt, stellt sich heraus, daß beim weiblichen Geschlecht bei 1035 Fällen überhaupt:

1. die Tonsillen	108	Mal	= 10,4%
2. die Mundschleimhaut	39	„	= 3,7%
3. Gaumen und Gaumenbogen	31	„	= 3,0%
4. die Zunge	26	„	= 2,5%
5. das Zahnfleisch	10	„	= 1,0%
6. Uvula	4	„	= 0,4%
7. Rachen	1	„	= 0,09%

befallen waren.

Beim männlichen Geschlecht ergibt sich für 620 Fälle folgende Reihenfolge:

1. die Tonsillen	60	Mal	= 9,7%
2. die Mundschleimhaut	28	„	= 4,5%
3. Gaumen und Gaumenbogen	17	„	= 2,7%
4. die Zunge	11	„	= 2,0%
5. Rachen	9	„	= 1,5%
6. das Zahnfleisch	7	„	= 1,1%
7. Uvula	1	„	= 0,15%

Auf Grund dieses Ergebnisses einen bestimmten Prozentsatz herauszuschälen, halte ich aus den verschiedensten Gründen für verfehlt. Durch meine Zusammenstellung ist nur von neuem bewiesen worden, daß die Plaques muqueuses den bedeutendsten Teil an den Munderscheinungen der sekundären Lues haben. Mulzer unterscheidet zwar 5 verschiedene Formen von Plaques wie folgt:

Wir unterscheiden auf der Schleimhaut ganz ähnlich wie bei den Papeln der Haut

1. eine einfache erythematöse Rötung, erythematöses Syphilid
2. bei Zerfall des Epithels allein die erosive Form, erodierte Papel,

3. Trübung des Epithels mit zirkumscripter geringer Infektion = Plaques opalines, einfache Plaques muqueuses,
4. durch Wucherung des Grundes bezw. der Papillen entstehende kondylomähnliche Formen, hypertrophische Papeln bezw. papillomatöse Syphilide; endlich
5. durch weitergreifenden Zerfall entstandene mehr oder minder tiefreichende Ulzerationen, ulzerierte Papeln."

Da es jedoch zu unsicher wäre, auf Grund von Aufzeichnungen in den einzelnen Krankengeschichten die Summe der Plaques muqueuses, die in die oben beschriebenen Formen hineingehören, festzustellen, begnüge ich mich mit einer Aufzählung der Mulzer'schen Unterscheidungsmerkmale.

Die Schleimhautpapeln heilen bei geeigneter Behandlung schnell, so daß sie für den Erkrankten selbst verhältnismäßig gleichgültig sind. Jedoch stellen sie äußerst ansteckende Erscheinungen dar, die bei ihrer Häufigkeit für die Umgebung der Kranken sehr gefährlich sind, zumal sie meist wenig Beschwerden machen und deshalb leicht übersehen werden. Auf Schleimhautpapeln sind wohl die meisten extragenitalen Uebertragungen und Familienansteckungen zurückzuführen. Eine spezielle Form der Schleimhautpapeln gibt es noch an der Zunge, die sogenannten Plaques lisses d. s. rote, glatte umschriebene Flecke ohne Belag, in deren Bereich die Papillen der Zunge durch den Infiltrationsprozeß aerschwunden sind. Nach Mulzer kann man diese Form auch als „Alopecia der Zunge" bezeichnen.

Die „Angina spezifica" oder auch „Angina syphilitica" kommt in unserer Aufstellung insgesamt 53 Mal

im sekundären Stadium, also in 8,7 % aller Lues II Fälle vor. Das weibliche Geschlecht ist in 28 Fällen = 4,6 %, daß das männliche in 25 Fällen = 4,1 % betroffen. Mulzer definiert die Angina spezifica wie folgt: „Im Prodromalstadium findet sich nicht selten eine Schwellung beider oder nur einer Tonsille, die mit einer beträchtlichen bräunlichen Rötung einhergeht, die sich bis auf den Gaumen erstreckt und am Uebergang desselben in den harten Gaumen scharf abgegrenzt ist. Auch die Uvula ist meist etwas verdickt, gerötet oder erscheint länger. Diese Affektion kann treffend als parenchymatöse Angina syphilitica bezeichnet werden."

Nach Pasewaldt (1910) ist „das Syphilid des Isthmus faucium, die Angina syphilitica, die indessen ein außerordentlich variables Bild zeigen kann, die häufigste Form unter den Munderscheinungen.

Unter den nichtspezifischen Erscheinungen, die sich aus den einzelnen Luesfällen ergeben, ist es die Tonsillenhypertrophie, die an Zahl des Verkommens alle anderen weit übertrifft. In 79 Fällen ist das weibliche und in 27 das männliche Geschlecht befallen! Eine besonders wichtige Bedeutung kann man ihr nicht beimessen, da es ja im Wesen des lymphatischen Apparates liegt, sich in erster Linie dem Virus irgendwelcher Art entgegenzustemmen. Mulzer beschreibt in seinem Werke die Tonsillenhypertrophie folgendermaßen: Unter den drüsigen Organen, welche Veränderungen in dieser Periode (nämlich dem Prodromalstadium der sekundären Periode der Syphilis) aufweisen, sind noch die Tonsillen zu erwähnen. Diese schwellen bis Walnußgröße und darüber, oft ganz akut an und bleiben dann längere Zeit vergrößert. Diese Tonsillenhypertrophie ist in vielen Fällen nur einseitig, am aus-

gesprochensten bei Leuten, welche zu katarrhalischen Entzündungen dieser Organe neigen. In unserem Falle können wir wohl sagen, daß die Hypertrophie nur in den wenigsten Fällen mit der von Mulzer angegebenen Form identisch ist. Es handelt sich wahrscheinlich meistens um Vergrößerungen, die sich durch Abwehrmaßnahmen des lymphatischen Apparates ergeben haben.

Die anderen in mehr oder weniger großer Anzahl wie Stomatitis, Gingivitis, Wismutsaum, vorkommenden Nebenbefunde darf man sicher ebenfalls als unbedeutend ansehen. Die Stomatitis mercurialis ist eine Folge der Quecksilberbehandlung, während Gingivitis und Stomatitis vielfach nur auf schlechte Zahnverhältnisse und Pflege und natürlich in erster Linie auf Infektion zurückzuführen sind, d. h. sie sind Begleiterscheinungen von Allgemeinerkrankungen.

Die Leukoplakia oris kommt in 6 Fällen vor! Über diese Erkrankung schreibt Pasewaldt: „Bei der Leukoplakia buccalis stellen unzweifelhaft die Luetiker einen hohen Prozentsatz, wenn man sie auch nicht als spezifischen oder paraluetischen Prozeß auffassen kann. Sicher begünstigen Tabakgenuß und Alkohol ihre Entstehung, wodurch erklärlich wird, daß in der überwiegenden Mehrzahl, wenigstens in vergangenen Zeiten, Männer an Leukoplakie erkrankten. Die subjektiven Beschwerden sind auffallend gering, selbst bei sehr schweren Fällen. Dadurch erklärt sich, daß nachlässige Patienten geringe Stadien gar nicht und schwere relativ spät bemerken.

Jadassohn beurteilt diese Erkrankung wie folgt: „Zu den Schädigungen, die die Syphilis als solche setzt, gesellt sich noch die durch Syphilis bedingte Disposition für andere lebensgefährliche Krankheiten

hinzu. Hierzu gehört die Leukoplakie der Mundschleimhaut, die beim Syphilitiker häufig durch das Hinzukommen eines zweiten Reizes des Rauchens zu einer bösartigen Entartung der Mundschleimhaut führt. Darauf machte schon 1862 Neligan aufmerksam, der den Übergang der syphilitischen Leukoplakie in Carcinom annahm".

Jedenfalls kann man heute mit Recht behaupten, daß die Leukoplakie mit der Syphilis nicht in direktem kausalen Zusammenhang steht.

Über die sogenannte Angina Plaut Vincenti, die 4 Mal vorkommt, ist auch noch einiges zu sagen. Nach Pasewaldt kann zwar kein klinisches Bild der Angina syphilitica dem der Angina Plaut Vincenti völlig gleichen. Jedoch sichert bei der letzteren die Diagnose außer dem Befund von fusiformen Bazillen, der Spirochaeta refringens und ihr gutartiger akuter Verlauf die Wassermann'sche Reaktion.

Keine der verschiedenen Perioden der Syphilis macht im Munde solche schwere Erscheinungen wie das tertiäre Stadium. In 32 von 81 Lues III Fällen sind in unserer Statistik zum Teil sehr erhebliche Erkrankungen festzustellen. Dies entspricht einem Prozentsatz von etwa 40 %, was als sehr hoch bezeichnet werden muß.

In der nun folgenden Aufstellung sind 11 der markantesten Fälle der tertiären Lues aufgeführt. Mit Rücksicht auf den rein zahnärztlichen Charakter dieser Arbeit, sind nur die Munderscheinungen aufgezählt.

Fälle von Lues III.

Aufgeführt sind nur die Munderscheinungen.

1. Hch. H., (1924 E.), 25 Jahre alt, Tagelöhner, Lues III. Uvula und Gaumensegel fehlen völlig.

In Höhe der Uvulaspitze sieht man am weichen Gaumen, der mit der hinteren Rachenwand narbig verlötet ist, eine kirschkerngroße Öffnung, dadurch Verbindung zwischen Nasen- und Rachenraum. Die Umgebung sowie der ganze weiche Gaumen zeigt eine ausgedehnte weißliche narbige Veränderung.

2. Hans R., (1926 E.), 29 Jahre alt, Tagelöhner, Lues III. Starke Kieferklemme. Sprache unartikuliert. Im harten Gaumen links vor der Medianlinie eine runde erbsengroße Perforation mit reaktionslosen Rändern. Uvula zerstört

3. Hans L., (1927 E.), 35 Jahre alt, Gastwirt, Lues III. Zungengeschwür, Ulzerationen am weichen Gaumen, Defekt der Uvula!

4. Ruppert F., (1929 E.), 21 Jahre alt, Holzhauer, Lues III. Perforation des hinteren Gaumens. Kirschkerngroßes Loch am weichen Gaumen mit speckigen Rändern und eitriger schleimiger Sekretion. Rechte Hälfte des weichen Gaumens fehlt fast völlig.

5. Marg. F., (1923 E.), 26 Jahre alt, ohne Beruf, Lues III. Perforation des Gaumens. Die Nase kommuniziert mit dem Mund durch einen kirschgroßen Defekt des harten Gaumens. Epiglottis fehlt!

6. Therese Kl., (1923 E.), 58 Jahre alt, Steinhauerswitwe, Lues III. Völliger Uvuladefekt. Pharynx zeigt einen eitrigschmierigen Belag Schluckbeschwerden.

7. Marie Sch.. (1925 E.), 19 Jahre alt, Arbeitersehefrau. Gaumenperforationen. „Auf den 1. Blick fallen

auf der rechten Seite des Gaumendaches im Bereich teils des harten, teils des weichen Gaumens 3 etwa „bohnenkerngroße“ Defekte auf, die einen Zugang zur Nasenhöhle und deren hinteren Abschnitten gestatten. Zwischen den 3 Defekten bestehen noch schmale Gewebsbrücken. Reichlich eitrig schleimiges Sekret“.

8. Anna W., (1926 E.), 27 Jahre alt, Metzgersehefrau, Lues III. Völliger Verlust der Uvula, reichliche Ulzeration am weichen Gaumen und an der Rachenwand. Teilweise Zerstörung beider vorderer Gaumenbögen.

9. Maria W., (1928 E.), 51 Jahre alt, Sattlersgattin, Lues III. Nasendefekt. Perforation des harten Gaumens, Einblick von außen in die Mundhöhle. „Der harte Gaumen ist nach vorn bis an die Alveolerfortsätze, nach hinten bis $^1/_2$ cm vor dem Übergang in den weichen Gaumen perforiert. Die Ränder sind vernarbt. Weite Perforation nach der Nasenhöhle!“

10. Paul Br., (Nbg. 1928), 21 Jahre alt, Kaufmannslehrling, Lues III. Am weichen Gaumen besteht ein großer Defekt. Uvula fehlt völlig. Die hintere Rachenwand ist mit schmierigen gelblichgrünem Sekret von zäher Beschaffenheit belegt.

11. Bab. M., (Nbg. 1924), 28 Jahre alt, Arbeiterin, Lues III. Glossitis gummosa. „Von der Mitte der Zungenspitze nach hinten rechts ein Spalt, so daß dieses Stück fast abklappt. Zunge gerötet, mit tiefen Narben versehen und eitrig belegten Einziehungen. Erbsengroße scharf geschnittene Ulzerationen! Großer Defekt am weichen Gaumen, so daß nur eine Brücke mit

dem Zäpfchen von einem Gaumenbogen zum anderen zieht. Linke Tonsille mit eitrigen Ulzerationen belegt. Hintere Rachenwand eitrig belegt. Gaumenbogen links ist nicht mehr zu erkennen".

Henkel (Inaug. Diss. Greifswald 1921) schreibt über die tertiäre Lues wie folgt: „Das tertiäre Stadium der Syphilis findet seine Hauptlokalisation von allen Organen vornehmlich in der Mund- und Rachenhöhle und zwar nach Gerber in 20—25% aller Fälle. Was die Lokalisation anbelangt, so fällt wieder die Prädilektion der Zunge und des Gaumens auf. Selten ist der Sitz an den Lippen, Wangenschleimhaut und Tonsillen".

V. Dreßler (Inaug. Diss. 1920 Berlin) kommt zu dem Schluß: „Die tertiär-syphilitischen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle gehören zu den selteneren Erscheinungsformen der tertiären Lues". Dies ist eigentlich meiner Statistik widersprechend. Jedoch nehme ich an, daß von Dreßler hier vor allem nur die schweren Erscheinungen im Auge hat. Auch ist anzunehmen, daß er zu dieser Ansicht, mit Rücksicht auf die sehr große Zahl der Patienten der Berliner Universitäts-Hautklinik (in 5 Jahren 110000), über die er berichtet, gekommen ist. Er fand nämlich insgesamt Munderscheinungen nur in 337 Fällen, davon 190 männlich und 147 weiblich. Er zieht einen Vergleich mit den Ergebnissen des französischen Syphilidologen Fournier. Dieser fand unter seinem Material von 4400 Fällen tertiäre Symptome in Mund- und Rachenhöhle 759 Mal, was 17,3% ausmacht.

Die Zunge war	262 Mal
der weiche Gaumen	215 „
der harte Gaumen	115 „

der Pharynx 94 „
Tonsillen und Gaumenbögen 23 „
die übrige Schleimhaut 8 „
befallen.

V. Dressler kommt jedoch nur in drei Lokalisationsarten — Lippen, Zunge und Pharynx — zu einem „annähernd gleichen Resultat" wie Fournier, ein neuer Beweis, daß es sehr schwierig ist, heutige Statistiken mit den älteren zu vergleichen. Mulzer berichtet 1929 nach Neumayer: „Aber auch in der tertiären Periode werden ungefähr 10% der Syphilitiker von spezifischen Veränderungen der Luft- und Speisewegen befallen". Unter unseren 32 Fällen, in denen bei tertiärer Lues Munderscheinungen vorkommen, befinden sich 29, die man als sehr schwere Fälle bezeichnen kann. Nur in drei Fällen handelt es sich gewissermaßen um das Anfangsstadium der tertiären Periode. Auf die Gesamtzahl der 81 Lues III Fälle bezogen, ergibt sich ein Prozentsatz von 36%, den man als sehr hoch bezeichnen muß.

V. Dressler hebt zum Schluß seiner Arbeit „das fast völlige Fehlen der tiefen sklerösen Erkrankungen bei der Frau" hervor, was auf die Enthaltsamkeit des weiblichen Geschlechtes gegenüber Tabak und Alkohol zurückgeführt wird. Wir wissen, daß dies heute nicht mehr ganz zutrifft. Unter meinem Material sind eine ganze Reihe von Prostituierten mit schweren tertiären Erscheinungen, die ganz sicher großen Abusus in Alkohol und Nikotin getrieben haben.

Von den 81 Fällen tertiärer Lues entfallen in unserer Statistik

53 auf das weibliche und
nur 28 auf das männliche Geschlecht.

Wie ist dieses ungleiche Verhältnis zu erklären? In der Literatur findet sich hin und wieder eine Angabe, daß das weibliche Geschlecht mehr von tertiären Erscheinungen als das männliche befallen ist. Kopeliowitsch kommt zu dem Ergebnis: „Auffallend ist, daß die Zahl der Frauen bei Lues III größer ist als die der Männer, trotzdem es nach allen Statistiken viel mehr an Lues I und II erkrankte Männer gibt als Frauen. Diese Erscheinung beruht sicher darauf, daß die Frauen viel öfter ihren Primäraffekt und die ersten Symptome des sekundären Stadiums übersehen oder sich nicht behandeln lassen".

Unsere Statistik weist insgesamt 439 weibliche Lues I und II Fälle auf, dagegen nur 341 männliche. Insofern besteht hier ein großer Unterschied gegen andere Statistiken. Dagegen kommen wir, was die tertiären Erscheinungen anbelangt, zum gleichen Resultat wie Kopeliowitsch.

Wir müssen nun noch die Verschiedenheit der tertiären Erscheinungen näher untersuchen. Von vorneherein muß betont werden, daß man die Lues III stets als eine schwere Erkrankung ansprechen muß. Wenn ich daher im folgenden einen Unterschied zwischen den einzelnen Erscheinungen mache, so geschieht dies nur, um dem statistischen Charakter dieser Arbeit gerecht zu werden. Unsere Aufstellung weist 18 Fälle von sehr schwerer Natur auf und zwar solche, bei denen die Zerstörungen schon recht weit vorgeschritten waren, und 14 Fälle mit geringen Veränderungen. Unter den 18 Fällen mit am weitesten fortgeschrittenen Erscheinungen sind

8 Mal Gaumenperforationen, darunter bis Kirschkerngröße,

4 Mal bestand neben schweren Ulzerationen völliger Defekt der Uvula,

1 „ Epiglottisdefekt,

1 „ fehlte die rechte Tonsille vollständig,

6 „ bestanden starke Gaumenzerstörungen, teils am harten, teils am weichen Gaumen.

Die verschiedenen Defekte wurden durchwegs als im Zusammenhang mit der syphilitischen Erkrankung stehend, festgestellt. Die übrigen Veränderungen waren zum Teil sehr große Geschwüre im Rachen, an der Epiglottis und Zunge.

Dem Geschlecht nach verteilen sich die tertiären Erscheinungen in 20 Fällen auf das weibliche und in 12 Fällen auf das männliche Geschlecht.

In Erlangen fanden sich 15 schwere Fälle, in Nürnberg nur 3. Die übrigen waren wie schon gesagt im Verhältnis zu diesen leichterer Natur. Das ungleiche Verhältnis zwischen Erlangen und Nürnberg führe ich darauf zurück, daß sich in Nürnberg doch die größere Zahl der Lues III Fälle schon in Vorbehandlung befand, während leider in Erlangen eine Anzahl gewissermaßen vernachlässigter Fälle zur Behandlung kamen. Zum großen Teil haben an dieser Tatsache die Patienten selbst Schuld, weil sie ihrer Erkrankung nicht die nötige Sorgfalt gewidmet haben, zum andern kann man aber auch nicht übersehen, daß es teilweise ein Mangel an richtiger Diagnosestellung gewesen ist. Es kann aber ferner auch in Betracht gezogen werden, daß es trotz nach ärztlichem Dafürhalten gründlicher Behandlung der sekundären Lues zu schweren tertiären Erscheinungen kommen kann. Man muß sich daher hüten, ohne zwingende

Beweisgründe irgendeinem Teil die Alleinschuld beizumessen.

Es bleibt uns noch übrig, die Erscheinungen der Erscheinungen der congenitalen und latenten Lues einer Kritik in statistischer Hinsicht zu unterziehen. Insgesamt haben wir 59 Fälle cong. Lues und unter diesen in 14 Fällen Munderscheinungen. Es fanden sich an spezifischen Symptomen.

6 Mal Parrot'sche Mundnarben,

5 „ Uvula Defekte d.h. völliges Fehlen der Uvula,

4 „ Hutchinson Zähne.

Bemerkenswert ist, daß 12 Fälle auf das weibliche und nur 2 auf das männliche Geschlecht entfallen. Die Gesamtzahl der congenitalen Lues Fälle ist zu gering, um daraus irgendwelche Rückschlüsse zu ziehen.

Latente Lues wurde in 698 Fällen festgestellt, darunter zeigten sich 54 Mal Munderscheinungen, allerdings der größere Teil nichtspezifischer Art, so daß wir diese Erscheinungen weiter nicht zu erläutern brauchen. Es bleibt zu erwähnen, daß 10 Fälle, in denen laut Krankengeschichte Plaques muqueuses vorgefunden wurden, mit Sicherheit unter die sekundäre Syphilis eingereiht werden können. Sie wurden in der Statistik auch dort berücksichtigt.

An spezifischen Erscheinungen der Syphilis ergaben sich

in 3 Fällen Uvuladefekte,
in 3 Fällen Mundnarben,
in 1 Fall Tonsillendefekt.

Was nun diese Defekte betrifft, so kann man annehmen, daß es sich hier um spät latente Veränderungen handelt. Die Mundnarben sind als deutlich erkennbare Residuen überstandener Lues zeitlebens als

Stigmata eines hier abgelaufenen syphilitischen Prozesses anzusehen.

Wenn wir zum Schlusse unserer Arbeit die Ergebnisse der einzelnen Stadien der Lues zusammenfassen, so kommen wir zu folgendem Resultat:

Im ersten Stadium haben wir keine genügend große Anzahl von Fällen, um daraus irgend einen beweiskräftigen Schluß zu ziehen.

Dagegen haben wir bezüglich der sekundären Periode den erneuten Beweis erbracht, daß sie im Munde eine ganz erhebliche Zahl von Erscheinungen macht, denn wenn wir, wie in unserem Falle auf 957 Luesfälle mit manifesten Erscheinungen in 276 Fällen Munderscheinungen festgestellt haben, was einem Prozentsatz von fast 27% entspricht, so bedeutet diese Tatsache für den Zahnarzt schon sehr viel.

Man kann sagen, daß die Mund- und Rachenhöhle mit besonderer Vorliebe von luetischen Veränderungen befallen wird und dies ist für den Zahnarzt von wesentlicher Bedeutung. Er muß bei der 1. und 2. Periode der Lues besonders berücksichtigen, wie leicht er bei Außerachtlassung der nötigen Sorgfalt die Gesundheit seiner übrigen Patienten gefährdet. Ferner obliegt ihm die wichtige Aufgabe bei Feststellung eines luetischen Falles und das ist nur dann möglich, wenn er die Diagnostik der Syphilis einwandfrei beherrscht, den Erkrankten umgehend der fachärztlichen Behandlung zuzuführen. Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. 2. 1927 gibt ihm dazu eine besondere Handhabe, denn im Gegensatz zu früher wird durch dieses Gesetz dem der „an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, die Pflicht der Behandlung durch einen

approbierten Arzt“ auferlegt. Und der Zahnarzt sollte sogar soweit gehen, daß er vom Patienten eine Bescheinigung des Facharztes verlangt, daß sich der Betreffende in seine Behandlung begeben hat. Im anderen Falle müßte er sofort Meldung an das zuständige Gesundheitsamt machen.

Bei der tertiären Lues ist es vor allem das Schicksal des Patienten, das schon allein auch den Zahnarzt zwingen sollte, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln den Erkrankten, der vielleicht oft nicht an eine luetische Erkrankung glauben will, der entsprechenden Therapie zuzuführen. Gerade der Zahnarzt kommt ja durch die Ausübung seiner Berufstätigkeit sehr oft in die Lage, als erster irgendwelche Veränderungen im Munde, die zu Bedenken Anlaß geben können, zu beobachten. Der hohe Prozentsatz von 40 % luetischer Munderscheinungen bei nur insgesamt 81 Lues III Fällen muß uns zu denken geben, umsomehr als ein erheblicher Teil der Patienten schon vorbehandelt wurde.

Unsere Statistik zeigt, trotz der relativ geringen Zahl von Fällen die Bedeutung der Syphilis für das Vorkommen von Munderscheinungen. Die Kenntnis ihrer Symptomatologie ist daher auch für den Zahnarzt eine wesentliche Voraussetzung und wird ihn jederzeit in die Lage setzen, das Seine in der Bekämpfung dieser Volksseuche zu tun.

Zum Schlusse sei mir noch gestattet, Herrn Privatdozent Dr. F. Dietel, Oberarzt der Universitäts-Hautklinik Erlangen, für die Überlassung dieser Arbeit, sowie für die Ratschläge und die Unterstützung, die er mir zukommen ließ, meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Ferner danke ich geziemend den Herren Professoren Dr. L. Hauck, Direktor der Universitätshautklinik Erlangen und Dr. Nathan, Direktor der Dermatologischen Station des Städtischen Krankenhauses Nürnberg für die liebenswürdige Überlassung der Krankengeschichten.

Literatur.

1. Bochmann, Herbert, Inaug. Diss. Leipzig 1926.
2. Deutsche Monatszeitschrift für Zahnheilkunde 1910 Günther Fritzsche, Leipzig, S. 349.
3. von Dreßler, Georg, Inaug. Diss. Berlin 1920.
4. Fournier, A., Traité de la Syphilis, periode tertiaire, Seite 24.
5. Fournier, A., Sekundäre Spätsyphilis, deutsch v. Fr. Sklarek, Berlin 1909.
6. Gerber, H., Syphilis der Mundhöhle, des Rachens und der Speicheldrüsen
   in Finger: Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Band III. Teil 1.
7. Guttmann, Georg, die Syphilis, Berlin 1922.
8. Henkel, Hans, Inaug. Diss. Greifswald 1921.
9. Jadassohn, J., Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten Band 22, Statistik der Geschlechtskrankheiten, S. 22.
10. Kopeliowitsch, Schiom, Inaug. Diss. Jena 1927.
11. Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1927 bearbeitet von J. Jadasohn.
12. Misch, Julius, Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde 1923 Band II, S. 345.
13. Molitor, Georg, Inaug. Diss. Erlangen 1926.
14. Mulzer, Paul, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, Stuttgart 1929.
15. Oppenheim, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Wien 1927.
16. Pasewaldt, Walter, Inaug. Diss. Greifswald 1922.
17. Tatum, B. William. Zentralblatt der Haut- und Geschlechtskrankheiten Band 22, 1927, S. 409.
18. Zieler-Jacobi, Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Berlin 1924.
19. Zinsser, F., Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen der Mundhöhle, 1921.

Lebenslauf.

Ich Oskar Wilhelm Pangsy, evangelischer Konfession, wurde am 30. 6. 96 zu Mühlhausen i. Els. als Sohn des Zollaufsehers Fritz Pangsy geboren. Ich besuchte die Realschule zu Münster i. Els. und die Oberrealschule zu Colmar i. Els. An dieser Anstalt erhielt ich 1916 das Reifezeugnis. Den Weltkrieg machte ich als Kriegsfreiwilliger von 1914—18 mit, seit 1916 als Leutnant der Reserve und war drei Mal verwundet. Von 1918—1920 war ich bei der vorläufigen Reichswehr und erlernte von 1920—22 in Magdeburg das Bankfach. Bis 1926 war ich Bankbeamter und studierte seit 1. 11. 26 an der Universität zu Erlangen Zahnheilkunde. Die Vorprüfung legte ich im Mai 1928 und die zahnärztliche Prüfung im Herbst 1929 ab.